

MARICE EMANUELA EL ACHKAR

**ANÁLISE CLÍNICA E ESTUDO ANÁTOMO PATOLÓGICO
DE PACIENTES SUBMETIDOS À POSTECTOMIA**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina para a conclusão do Curso
de Graduação em Medicina.**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2002**

MARICE EMANUELA EL ACHKAR

**ANÁLISE CLÍNICA E ESTUDO ANÁTOMO PATOLÓGICO
DE PACIENTES SUBMETIDOS À POSTECTOMIA**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina para a conclusão do Curso
de Graduação em Medicina.**

Presidente do Colegiado: Professor Dr. Edson José Cardoso

Orientador: Professor Dr. Maurício José Pereima

Florianópolis

Universidade Federal de Santa Catarina

2002

DEDICATÓRIA

Ao médico dermatologista Alexandre Bortoli Machado, um apaixonado pelo saber, que idealizou, acreditou e participou de todos os momentos deste trabalho, sendo merecedor de minha eterna admiração e agradecimento.

AGRADECIMENTOS

À Deus, que ilumina e guia cada passo de minha caminhada.

Aos meus pais e meus irmãos, pelo amor e o carinho incondicionais de todos os dias.

Ao meu orientador, Dr. Maurício José Pereima, pela oportunidade de trabalhar ao seu lado, e a disposição e paciência de todas as horas.

Ao brilhante patologista, Dr. José Caldeira Ferreira Bastos, pelos esforços e total dedicação depositados neste trabalho, essenciais para que se realizasse.

À minha amiga Maria Luiza da Nova, por ter participado indiretamente deste projeto, e por ter me ensinado grandes coisas neste último ano.

Ao Serviço de Cirurgia Pediátrica do Hospital Infantil Joana de Gusmão, em especial ao cirurgião Dr. Adilson Osório e à funcionária Vera Lúcia de Oliveira, pela colaboração.

SUMÁRIO

Resumo.....vi

Summary.....vii

1. Introdução01

2. Objetivos04

3. Método05

4. Resultados.....09

5. Discussão14

6. Conclusões17

Normas adotadas18

Referências Bibliográficas.....19

Apêndices.....22

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo analisar as características histológicas do prepúcio na presença de fimose e a incidência de líquen escleroso e atrófico (LEA) como causa de fimose. Nosso estudo prospectivo incluiu 40 pacientes masculinos com idade entre 05 e 14 anos, com diagnóstico de fimose e indicação cirúrgica como tratamento. Os pacientes foram distribuídos em dois grupos em relação ao tempo de doença: fimose primária e secundária. Os pacientes foram submetidos à postectomia no Hospital Infantil Joana de Gusmão, e as peças excisadas foram examinadas separadamente por 03 patologistas. De acordo com as características histopatológicas, os pacientes foram distribuídos em três grupos: achado histológico normal de pele, infiltrado liquenóide e LEA. As intercorrências clínicas mais frequentes relatadas por nossos pacientes com fimose foram a balanopostite (30%) e a infecção do trato urinário (ITU) (10%). A maioria dos pacientes, 65%, não apresentou alteração histológica de pele; em 22,5% encontrou-se infiltrado liquenóide; e 12,5% tiveram diagnóstico de LEA. Encontrou-se 42,5% de fimoses primárias, com a maioria de suas alterações anátomo patológicas de pele normal (76%); evidenciando-se todos os casos de LEA nos pacientes com fimose secundária. A principal indicação cirúrgica de nossa casuística foi a falência do tratamento clínico (45%), seguida por balanopostite de repetição (25%), estenose severa do prepúcio (17,5%), ITU de repetição (10%) e doença urinária associada (2,5%). Em nosso estudo, concluímos que o LEA, como causa de fimose, mostrou uma incidência de 12,5%.

SUMMARY

The objective of this study is to analyse the histologic features of the prepuce with phimosis and the incidence of lichen sclerosus et atrophicus (LSA) causing phimosis. Our prospective study included 40 male patients from 05 to 14 years old, with phimosis referred for circumcision. The patients were distributed in two groups: those with primary phimosis and those with secondary phimosis. The patients were operated at Joana de Gusmão Children's Hospital, and the specimens were examined separately by 3 pathologists. According to histopathologic features, patients were distributed in three groups: normal histologic finding, lichenoid infiltrate and LSA. The clinical intercorrences more frequently related by our patients with phimosis were balanopostit (30%) and infeccion of urinary tract (IUT) (10%). The majority of the patients (65%) didn't show histologic alteration of the skin; in 22,5% we found lichenoid infiltrate; and 12,5% had diagnosis of LSA. The patients with primary phimosis were 42,5%, with the majority of histologic alterations of normal skin (75%); noting that all cases of LSA occurred in patients with secondary phimosis. The main surgery indication in our casuistry was failure of clinic treatment (45%), followed by balanopostit (25%), narrowing of prepuce (17,5%), ITU (10%) and urinary disease associated (2,5%). In our study, we concluded that LSA, causing phimosis, showed an incidence of 12,5%.

1. INTRODUÇÃO

A separação do prepúcio da glândula se inicia em torno do sexto mês de gestação, e envolve a queratinização do prepúcio e do epitélio da glândula. A queratinização se inicia em lados opostos, na coroa da glândula e na margem distal do prepúcio, a qual se estende para ambos os lados. Esta queratinização leva à formação do espaço prepucial, separando a pele da glândula¹.

Ao nascimento, o pênis, como o resto do corpo, é prematuro. No pênis jovem, o desenvolvimento de aderência balano-prepucial, resistência do orifício prepucial para retração, e um maior comprimento do prepúcio são normais, consideradas condições fisiológicas².

Em 90% dos meninos não circuncidados, o prepúcio se torna retrátil em torno dos cinco anos de idade. Depois desta idade, a impossibilidade de retração do prepúcio é denominada fimose^{4, 5}.

Recentemente, o tratamento cirúrgico para fimose vem sendo substituído pelo uso de substâncias tópicas. Estudos^{6, 7, 8} mostraram uma taxa de cura entre 67 e 95%, com o uso de esteróides tópicos de média e alta potência (clobetasol ou betametasona 0,05%). Outro estudo⁹, utilizando estrógeno conjugado tópico, obteve cura da fimose em 87% dos pacientes. Nestes estudos, a não realização da análise anátomo patológica dos prepúcios tratados, impede de sabermos a incidência real da causa de fimose.

Nos casos em que o tratamento tópico não é efetivo e permanece a estenose grave do prepúcio, está indicado o tratamento cirúrgico¹⁰.

A circuncisão ou postectomia, retirada parcial ou total do prepúcio, era praticada como um ritual desde antes de Cristo, e tem sido proposta como um método efetivo de higiene do pênis desde os tempos da dinastia Egípcia. É praticada rotineiramente entre os abissínios, judeus, maometanos e mais alguns povos, logo após o nascimento ou na puberdade, com significado religioso: representa o sinal da aliança entre o homem e Deus (Gên 17, 9-14). O Novo Testamento, entretanto, não obriga os cristãos à circuncisão¹¹.

Existe ainda pouca evidência para afirmar a associação entre circuncisão e uma boa higiene peniana, sendo bastante controversa sua verdadeira eficácia. Suas vantagens incluem baixo risco de adquirir: infecção do trato urinário no primeiro ano de vida, fimose, infecção local, câncer de pênis e úlcera genital - particularmente sífilis e cancroide -, facilitadores da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). Quanto ao câncer de pênis e

circuncisão, a relação é incerta; o que se sabe é que o principal fator de risco para o câncer é a existência de fimose, prevenida com boa higiene. Dentre as desvantagens da circuncisão, estariam incluídas aquelas conseqüentes ao ato cirúrgico: dor, possibilidade de infecção e sangramento local ^{3, 12}.

O motivo do aparecimento do anel fimótico permanece desconhecido, com exceção dos casos conseqüentes a: processos inflamatórios de repetição (balanopostites); trauma local levando ao aparecimento de fissuras e fibrose secundária; e doenças dermatológicas que levam à distrofia prepucial, como o líquen escleroso e atrófico ^{13,14}.

O líquen escleroso e atrófico (LEA), conhecido também como balanite xerótica obliterante em homens, é uma doença inflamatória crônica de causa desconhecida e patogênese ainda não bem caracterizada. Foi descrito pela primeira vez em 1887, por Hallopeau, em uma paciente que apresentava pápulas coalescentes no tronco e antebraço, prurido e liquenificação vulvar. Em 1892, Darier formalmente descreveu as características histológicas do LEA. Pode afetar todos os grupos etários, com relatos desde os 6 meses até idosos, sendo a maioria dos pacientes Caucasianos. Atinge, predominantemente, a área anogenital, em 85 a 98% dos casos; ocorre mais em mulheres, numa proporção de cinco mulheres para cada homem atingido. Dez, de cada 15% dos casos de LEA, ocorrem em crianças, a maioria envolvendo a genitália feminina ^{10, 15, 16, 17, 18}.

Em todos estes anos, vários fatores foram relacionados com a sua patogênese, como o Papiloma vírus humano (HPV) e a *Borrelia burgdorferi*, associação com doenças auto-imunes (vitiligo, alopecia areata, diabetes mellitus, anemia perniciosa e doença tireoideana), trauma e fatores genéticos relacionados ao antígeno leucocitário humano (HLA) ^{15,16}.

Esta afecção é caracterizada por alterações patológicas na epiderme, membrana basal e derme, com características que sugerem um processo contínuo em cascata na degeneração e regeneração do colágeno. Além da degeneração do tecido conectivo, há um processo de regeneração no LEA, com significante síntese de colágeno por atividade dos fibroblastos. O evento primário possivelmente envolve ativação de células de Langerhans da derme e epiderme que, através da ativação de citocinas, podem induzir resposta celular mediada por células T na derme, que estimula uma série de eventos inflamatórios, culminando na degeneração do colágeno e fibrose ¹⁰.

Nos pacientes masculinos, os locais mais atingidos incluem: prepúcio, glândula, meato urinário, e a uretra anterior. Os sintomas estão associados com fissuração repetitiva,

inflamação e constrição do prepúcio, sendo: ardência, prurido, episódios recorrentes de balanopostite, dispareunia, ereções dolorosas, disúria, diminuição do fluxo urinário, estenose do meato uretral e, comumente, o aparecimento de fimose num prepúcio previamente retrátil. No exame físico do pênis, visualizam-se áreas de hipocromia, atrofia e placas escleróticas, com um prepúcio não retrátil ^{3,16}.

Alguns estudos ^{19, 20}, demonstraram uma incidência de LEA em pacientes pediátricos com fimose, submetidos à postectomia, em torno de 15%. Porém, os dados não são precisos, devido ao fato de que o tecido removido na circuncisão é raramente examinado histologicamente e, porque a operação é geralmente curativa, sem recorrência do quadro ¹⁶.

O tratamento definitivo para os casos de LEA tardios no prepúcio, é a circuncisão. O tratamento com esteróides locais tende a ser efetivo quando o mecanismo inflamatório é ativo e os danos teciduais reversíveis, incluindo assim os quadros histológicos iniciais e intermediários da doença. O exato mecanismo de ação dos esteróides tópicos permanece desconhecido. Eles podem ter um efeito no metabolismo do ácido araquidônico, um precursor dos mediadores de inflamação da pele, os prostanóides e os leucotrienos. Também podem ter um efeito direto na pele, inibindo a síntese de ácido hialurônico pelos fibroblastos, que têm um efeito anti-proliferativo na epiderme. Com isso, restauram o balanço da síntese de colágeno pelos fibroblastos e/ou reverterem a distorção da membrana basal, havendo redução dos sinais e sintomas, bem como melhora das alterações histopatológicas do LEA ^{2, 7, 10}.

2. OBJETIVO

Analisar as características histológicas do prepúcio na presença de fimose e a incidência de líquen escleroso e atrófico como causa de fimose.

3. MÉTODO

O presente estudo tem delineamento transversal de característica descritiva, com coleta prospectiva de dados.

3.1. CASUÍSTICA:

Este estudo incluiu 40 pacientes pediátricos masculinos com idades entre 05 e 14 anos (média de 9,5 anos), com diagnóstico de fimose e indicação cirúrgica como tratamento. Os pacientes foram distribuídos em dois grupos em relação ao tempo de doença: pacientes com fimose primária (desde o nascimento) e fimose secundária (ou adquirida) ²¹.

Este estudo obteve parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, com o projeto nº 086/2001 (Apêndice 1).

3.2. PROCEDIMENTOS:

Por meio de *ficha de coleta de dados* (Apêndice 2), foram questionados aos responsáveis, dados referentes ao paciente: nome, idade, procedência; e dados referentes a sua doença: início do quadro, tratamento prévio e tempo de uso, intercorrências clínicas (balanopostite, infecção do trato urinário (ITU), parafimose) e se havia ou não história familiar de fimose. Os responsáveis pelos pacientes assinaram o *consentimento livre e esclarecido* (Apêndice 3) quanto ao estudo que seria realizado.

Todos os pacientes foram submetidos à cirurgia de postectomia total no Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG). Os critérios de indicação cirúrgica foram: 1) falência do tratamento clínico para fimose, 2) coadjuvante a tratamento de doença urinária associada, 3) estenose cicatricial do prepúcio – diagnosticados pelo cirurgião pediátrico –, 4) causa religiosa, 5) balanite de repetição e 6) ITU de repetição. O procedimento operatório consistiu de: ligadura do freio balamo-prepucial, ressecção do anel prepucial fibrótico e/ou estenosado, hemostasia do prepúcio, sutura mucocutânea com fio catgut simples 5-0 e reconstituição do sulco balamo-prepucial.

As peças excisadas foram conservadas em solução formol 10% e encaminhadas ao laboratório de anatomia patológica (IDAP – Instituto Diagnóstico e Anátomo Patológico), sendo todas elas examinadas, separadamente, por 3 patologistas. No laboratório, as peças foram fixadas em formol 10%, incluídas em bloco de parafina, seccionadas em micrótomos e preparadas as lâminas em coloração hematoxilina-eosina. A seguir, foram observadas e descritas as características histológicas da epiderme, da junção dermo-epidérmica e da derme, sem conhecimento de dados clínicos prévios. De acordo com as características histopatológicas, os pacientes foram distribuídos em 3 grupos: achado histológico de pele normal (Figura 1), infiltrado liquenóide (Figura 2) e LEA (Figura 3). Para o diagnóstico histológico de LEA, consideraram-se as seguintes alterações patológicas, conforme Lever ²²: (1) hiperqueratose folicular, (2) atrofia da camada de malpighii com degeneração hidrópica das células basais, (3) pronunciado edema e homogenização do colágeno da derme superior, e (4) presença de infiltrado inflamatório na derme ²².

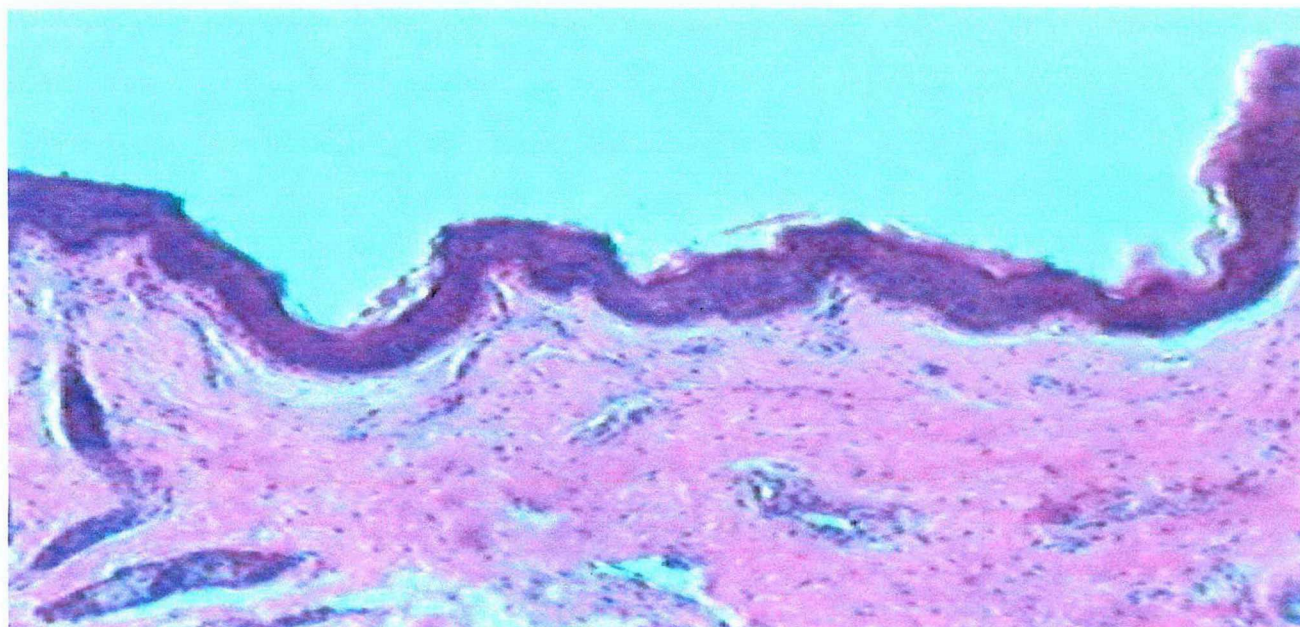


Figura 1 – Foto de um corte histopatológico de pele normal.

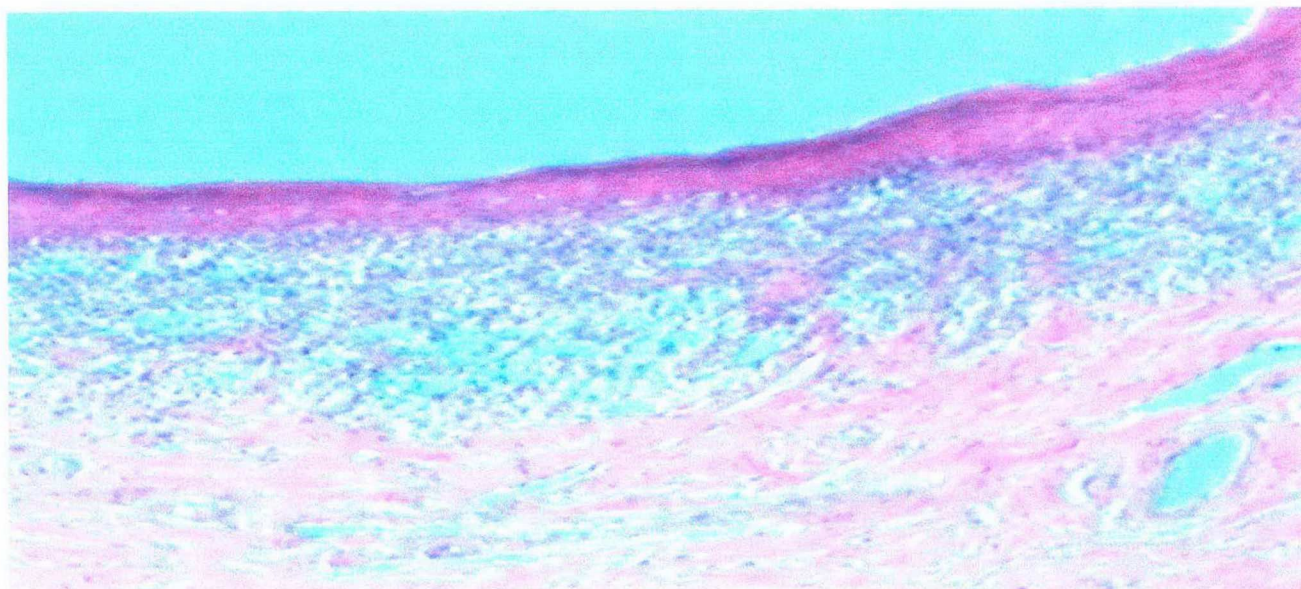


Figura 2 – Foto de infiltrado liquenóide.

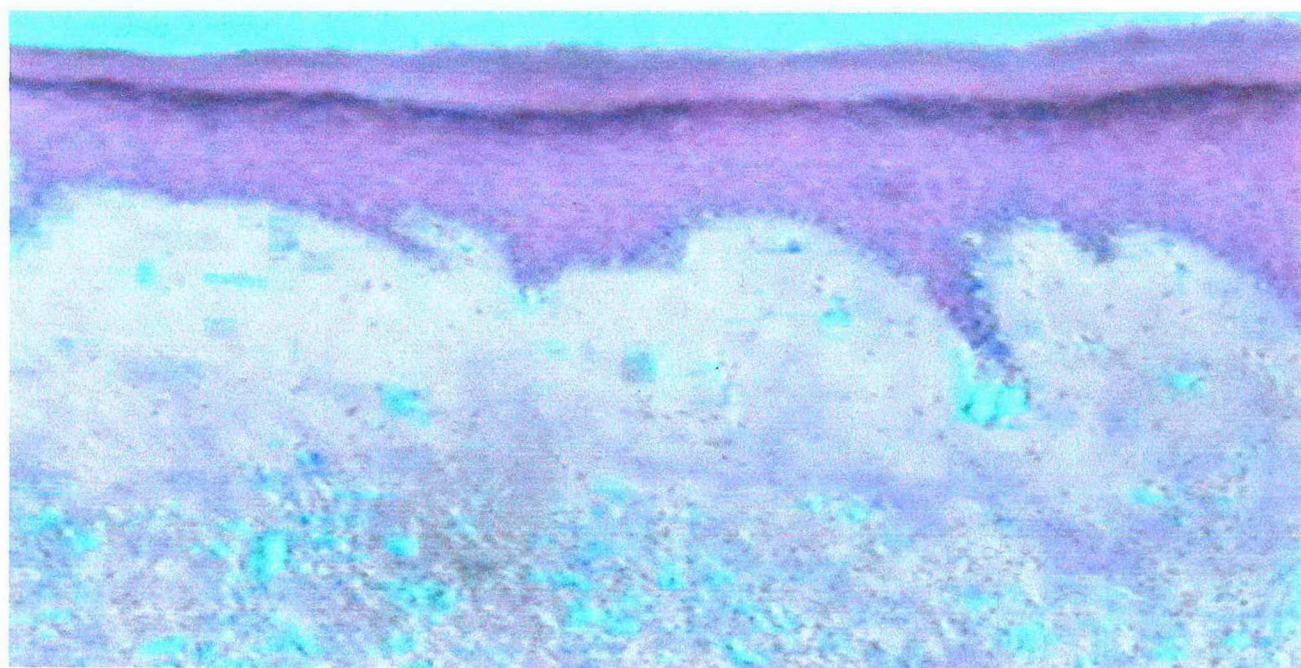


Figura 3 – Foto de alterações características de líquen escleroso e atrófico.

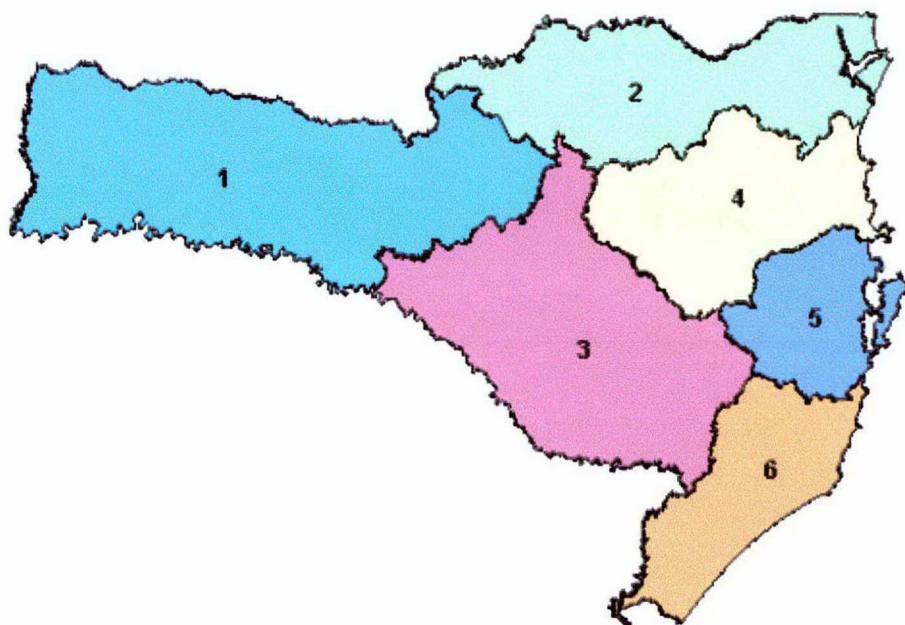
3.3. ANÁLISE ESTATÍSTICA:

Os dados foram digitados utilizando o programa Microsoft Excel[®], versão 97.

Foram descritas as prevalências de todos os fatores de interesse, e os dados foram apresentados em tabelas e gráficos.

4. RESULTADOS

Todos os pacientes procederam do Estado de Santa Catarina, sendo 37 pacientes da mesorregião da Grande Florianópolis, 02 pacientes da mesorregião Sul Catarinense e 01 paciente do Vale do Itajaí (Figura 1):



MESORREGIÕES CATARINENSES:

1. Oeste Catarinense
2. Norte Catarinense
3. Serrana
4. Vale do Itajaí
5. Grande Florianópolis
6. Sul Catarinense

Figura 1 – Mapa de Santa Catarina.

Fonte: site do IBGE.

Quarenta pacientes com idades entre 05 e 14 anos, portadores de fimose, participaram do estudo. Todos tiveram indicação de tratamento cirúrgico após avaliação de um cirurgião pediátrico. Nenhum paciente foi diagnosticado clinicamente com LEA. A distribuição por faixa etária comportou-se da seguinte maneira (Figura 2):

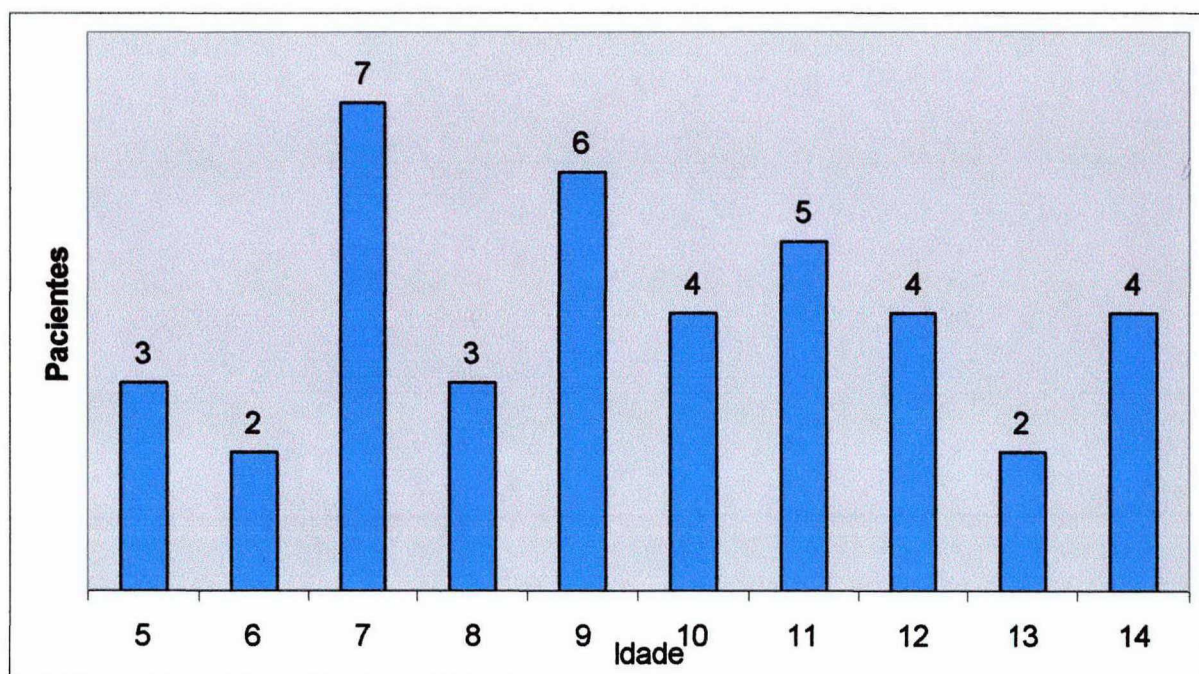


Figura 2 – Número de pacientes estudados em cada faixa etária.

Fonte: HIJG 2001/2002.

Quanto ao tempo de aparecimento da fimose, encontramos 17 (42,5%) pacientes com fimose primária e 23 (57,5%) com fimose adquirida (Tabela 1).

As intercorrências clínicas mais frequentes nos pacientes com diagnóstico de fimose foram: balanopostite (30%) e infecção do trato urinário (10%). Não houve nenhum relato de parafimose.

Quanto à história familiar de fimose, dos 40 pacientes, 20 (50%) confirmaram história (Tabela 2).

Em relação aos achados histopatológicos, os resultados são apresentados na tabela 1. Houve concordância plena em todos os laudos anátomo patológicos, emitidos pelos patologistas. O grupo I, sem alterações histológicas de pele, foi composto por 26 pacientes (65%); o grupo II, infiltrado liquenóide, incluiu 9 pacientes (22,5%); e o grupo III, LEA, 5 pacientes (12,5%).

Tabela 1 – Fimose primária e adquirida e os achados anátomo patológicos.

FIMOSE						
Alterações Anátomo Patológicas	Total		Primária		Adquirida	
	N	(%)	n	(%)	n	(%)
Normal	26	(65,0)	13	(32,5)	13	(32,5)
Infiltrado	9	(22,5)	4	(10,0)	5	(12,5)
Liquenóide						
LEA	5	(12,5)	0	(0)	5	(12,5)
Total	40	(100,0)	17	(42,5)	23	(57,5)

Fonte: HIJG e IDAP, 2001/2002.

Quanto ao uso de corticosteróide tópico prévio, 28 (70%) pacientes utilizaram por um período que variou de 15 dias a 04 anos, com média de 168 dias (Figura 3):

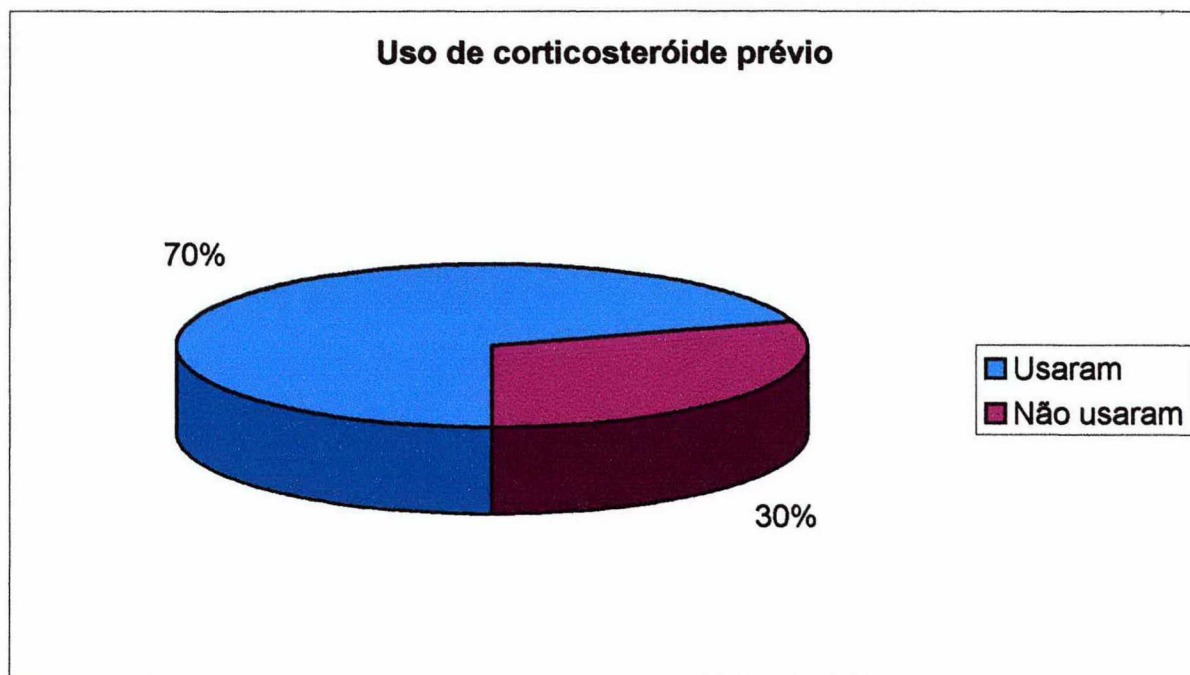


Figura 3 – Distribuição dos pacientes quanto ao uso ou não de corticosteróide prévio.

Fonte: HIJG 2001/2002.

Correlacionando a história familiar de fimose com os achados anátomo patológicos, teremos:

Tabela 2 – História familiar positiva ou negativa e os achados anátomo patológicos.

HISTÓRIA FAMILIAR						
Alterações Anátomo Patológicas	Total		Positiva		Negativa	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Normal	26	(65,0)	15	(37,5)	12	(30,0)
Infiltrado	9	(22,5)	3	(7,5)	5	(12,5)
Liquenóide						
LEA	5	(12,5)	2	(5,0)	3	(7,5)
Total	40	(100,0)	20	(50,0)	20	(50,0)

Fonte: HIJG e IDAP, 2001/2002.

Dentro de cada faixa etária, os critérios cirúrgicos relacionados foram (Tabela 3):

Tabela 3 – Indicações cirúrgicas dentro de cada faixa etária.

INDICAÇÃO CIRÚRGICA														
PACIENTES	Total		Falência do Tratamento Clínico		Estenose do Prepúcio		Balanopos- tite de repetição		ITU de repe- tição		Doença Urinária Associada		Religi -ão	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Pré-escolares	5	12,5	3	7,5	0	0	2	5,0	0	0	0	0	0	0
Escolares	16	40,0	6	15,0	2	5,0	4	10,0	2	5,0	1	2,5	0	0
Adolescentes	19	47,5	9	22,5	5	12,5	4	10,0	2	5,0	0	0	0	0
Total	40	100,0	18	45,0	7	17,5	10	25,0	4	10,0	1	2,5	0	0

Fonte: HIJG, 2001/2002.

5. DISCUSSÃO

Foram estudados 40 pacientes submetidos à postectomia no Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG), no período de maio de 2001 a junho de 2002.

Os pacientes, em sua maioria (92%), procederam da região da grande Florianópolis, pois o HIJG é o único hospital que realiza cirurgias em crianças pelo Sistema Único de Saúde (SUS) nesta região. O pequeno número de pacientes (8%) de outras cidades, seguramente é devido ao fato deste tipo de doença, de resolução cirúrgica comum, ser realizado na própria cidade de origem.

Os pacientes submetidos à postectomia tinham o diagnóstico prévio de fimose. Considerando os critérios de Bloom ⁴ e Piró ⁵ que denomina como fimose os pacientes com impossibilidade de retração do prepúcio a partir dos 5 anos, considerando esta alteração, uma condição normal até os 4 anos de vida, nossa casuística variou de 05 a 14 anos. Destes pacientes, a maior frequência de postectomias foi aos 7 anos (17,5%), que concorda com o maior índice de fimose na faixa etária de 6-7 anos, encontrado na literatura ⁸.

Em relação ao tipo de fimose, os pacientes foram distribuídos em primários (n=17; 42,5%) e adquiridos (n=23; 57,5%). Dentre as causas de fimose adquirida, a literatura cita o LEA. Analisando este padrão, nossos pacientes com fimose primária tiveram 76% de histologia normal e 24% de infiltrado liquenóide; não encontramos LEA na fimose primária. Nos casos de fimose secundária: 56% normais, 22% com infiltrado liquenóide e 22% com LEA; compreendendo todos os casos de LEA. Estes resultados estão de acordo com o trabalho de Meuli et al, onde 90% dos pacientes com LEA apresentavam fimose adquirida ²⁰.

As intercorrências clínicas que os pacientes com fimose podem apresentar são: balanopostite, ITU e parafimose. A balanopostite, inflamação da glândula e do prepúcio, ocorre geralmente como resultado de higiene precária, conseqüente à impossibilidade de retração e limpeza embaixo do prepúcio. Alguns trabalhos mostram que o principal agente causal em meninos pré-puberes é o *Streptococo* beta-hemolítico do grupo A. Usualmente melhora com cuidados de limpeza local e

antibiótico tópico, necessitando raramente de antibioticoterapia oral. A balanopostite pode ser causa de fimose, resultante de episódios repetidos ^{1, 24, 25}.

A maioria das ITU em meninos ocorre durante o primeiro ano de vida. Assim, estudos correlacionando ITU e circuncisão, têm demonstrado um aumento no risco de ITU em pacientes não circuncidados, com um risco ainda maior em lactentes menores de 01 ano. Porém, este risco absoluto é baixo, no máximo de 1% ³.

A parafimose, ou edema doloroso da pele distal ao anel fimótico, pode ocorrer se o prepúcio tiver ficado retrátil por um período prolongado. Para reduzir a parafimose, faz-se, gentilmente, uma firme pressão sobre a pele. Quando o edema for reduzido, o cirurgião pode empurrar com o polegar contra a glândula, puxando o prepúcio com os dedos. Pela tendência à recorrência da parafimose, a circuncisão deve ser um procedimento eletivo dias mais tarde ¹.

Em relação às intercorrências clínicas, encontramos em nosso trabalho como mais frequentes a balanopostite (30%) e a ITU (10%). Não encontramos nenhum caso de parafimose em nossos pacientes. Estes dados assemelham-se aos da literatura.

Quando analisada a história familiar, encontramos o LEA relatado em mães e filhas, irmãs, e em gêmeos mono e dizigóticos. O complexo HLA parece comandar a susceptibilidade para esta doença inflamatória, mas os estudos ainda são conflitantes, com alguns autores encontrando uma forte associação e outros nenhuma ^{15, 16, 17}. Em nossos casos de LEA, 50% relataram história familiar positiva, contra 50% de história negativa.

A maioria de nossos pacientes (65%), apresentaram histologia de pele normal. Clemmensen³⁰ encontrou 46,2% e Chalmers¹⁹ 76% de histologia sem alteração em pacientes pediátricos com fimose, sendo a maioria de seus casos. Assim, nossos achados estão dentro das incidências encontradas na literatura^{19, 30}.

Na análise da causa de fimose, estudos prévios têm mostrado incidências de LEA como causa de fimose em meninos. Chalmers et al ¹⁹ encontraram uma incidência de 14%; Kristiansen et al de 15% ²⁶; e Meuli et al ²⁰ demonstraram LEA em 10% dos casos. Em nossas 40 peças examinadas histologicamente, encontramos uma incidência de 12,5% de LEA concordando com a literatura pesquisada. Entretanto, a análise da significância estatística deste resultado necessita ser avaliada com um maior número de casos, para justificar a verdadeira incidência de LEA em nosso meio. Associado a isso, na prática clínica o LEA é pouco diagnosticado por não ter, na

maioria dos casos, características próprias da doença, além da fimose. Além disso, sua incidência é incerta, por não haver rotina na análise anátomo patológica dos prepúcios excisados dos casos de fimose²⁰.

A outra alteração anátomo patológica verificada foi o infiltrado liquenóide. Ele foi encontrado em 18% dos pacientes. Ackerman²⁷ inclui esta alteração como um dos achados histopatológicos iniciais de LEA. Assim, por estar o infiltrado liquenóide possivelmente associado à fisiopatogenia do LEA, não podemos descartar a possibilidade destes casos pertencerem a um processo evolutivo patológico, cujo resultado seria o LEA. Tal possibilidade elevaria, consideravelmente, a incidência de fimose por LEA.

Em relação ao tratamento da fimose, a literatura aponta 80% de eficácia do uso de corticosteróide tópico na fimose^{6, 29}. Da mesma forma, alguns autores têm mostrado que os corticosteróides tópicos têm ação no LEA em estágios inicial e intermediário; nos estágios avançados da doença, a circuncisão é o tratamento de escolha^{10, 24}. O tratamento prévio com corticosteróide tópico foi utilizado por 70% de nossos pacientes. Os casos de LEA representaram 14% dos casos de falência do tratamento, devendo, provavelmente, tratarem-se de casos avançados.

Meuli encontrou em seu estudo, as seguintes indicações cirúrgicas para fimose: 51% com estenose do prepúcio, 41% com balanopostite de repetição, 4% com fimose pós-trauma, 2%, com parafimose e 2% com história de retenção urinária. A falência do tratamento clínico com corticoterapia foi a principal indicação cirúrgica em nossa casuística, com 45% dos casos. Esta diferença com a literatura, que mostra uma eficácia de 80%, não pode ser valorizada, pelo fato de não termos acompanhado este tratamento prévio, impossibilitando-nos de saber se foi realizado de forma correta, com o objetivo de obter dados para comparação com os da literatura. As demais indicações cirúrgicas foram: a balanopostite de repetição, com 25% das indicações; o quadro clínico de estenose (severa) do prepúcio, com 17,5% de incidência; a ITU de repetição, 10%; e as doenças urinárias associadas, 2,5%. A doença urinária encontrada foi um caso de litíase do trato urinário baixo.

Não houve complicações decorrentes do tratamento realizado, independentemente do diagnóstico de LEA ou não, confirmando a Postectomia como tratamento definitivo para esta condição³¹.

6. CONCLUSÃO

1. O líquen escleroso e atrófico, como causa de fimose em crianças, mostrou uma incidência de 12,5% na amostra estudada.

NORMAS ADOTADAS

Este trabalho seguiu a Normatização para os Trabalhos de Conclusão do Curso de Graduação em Medicina, resolução nº 001/2001, aprovada em Reunião do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina em 05 de julho de 2001.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Walsh, C. Phimosis. In: Campbell's Urology. 7th ed. WB Saunders Company; 1998. p. 1584, 3331-3333.
2. Berdeu D, Sauze L, Ha-vinh P, Blum-boisgard C. Cost-effectiveness analysis of treatments for phimosis: a comparison of surgical and medicinal approaches and their economic effect. BJU Int 2001; 87: 239-44.
3. Lannon CM, Bailey AGD, Fleischman AR, Kaplan GW, Shoemaker CT, Swanson JT, et al. Circumcision policy statement. Pediatrics 1999;103:686-693.
4. Bloom DA, Wan J, Key DW. Disorders of the male external genitalia and inguinal canal. In: Kelalis PP, King LR, Belman AB. Eds. Clinical Pediatric Urology. 3rd ed. Philadelphia. WB Saunders, 1992:2.825-64.
5. Piró C. Fimosis. In: Garat JM, Gosálbez R. Eds. Urología pediátrica. Barcelona. Salvat Ed., 1987:366-8.
6. Wright JE. The treatment of childhood phimosis with topical steroid. Aus N Zel J Surg 1994; 64: 327-8.
7. Andras K, Agoston C, Laszlo P, Peter N, Miklos M, Laszlo K. The response of balanitis xerotica obliterans to local steroid application compared with placebo in children. J Urol 2001; 165:219-220.
8. Jorgensen ET, Svensson A. The treatment of phimosis in boys, with a potent topical steroid (clobetasol propionate 0,05%) cream. Acta Derm Venereol 1993; 73: 55-6.
9. Yanagisama N, Baba K, Yamagoe M, Iwamoto T. Conservative treatment of childhood phimosis with topical conjugated equine estrogen ointment. Int J Urol 2000; 7: 1-3.
10. Dahlman-Ghozlan K, Hedblad MA, Krogh GV. Penile lichen sclerosus et atrophicus treated with clobetasol dipropionate 0.05% cream: a retrospective clinical and histopathologic study. J Am Acad Dermatol 1999; 40:451-457.
11. Pereima MJL. Fimose: há controvérsias. Pediatria Dia a Dia 1999; 8: 25.

12. Schoen EJ, Wiswell TE, Moses S. New policy on circumcision – cause for concern. *Pediatrics* 2000; 105: 803-6.
13. Aynaud O, Piron D, Casanova JM. Incidence of prepucial lichen sclerosus in adults: histologic study of circumcision specimens. *J Am Acad Dermatol* 1999; 41:923-926.
14. Rickwood AMK, Hemalatha V, Batcup G, Spitz L. Phimosis in boys. *Br J Urol* 1980; 52: 147-50.
15. Meffert JJ, Davis BM, Grimwood RE. *J Am Acad Dermatol* 1995; 32:393-416.
16. Powell JJ, Wojnarowska F. Lichen sclerosus. *Lancet* 1999; 353: 1777-1783.
17. Krafchik BR. Lichen sclerosus in children. *Cur Probl Dermatol* 2000; 12: 165-7.
18. Shelley WB, Shelley ED, Grunenwald MA, Anders TJ, Ramnath A. Long-term antibiotic therapy for balanitis xerotica obliterans. *J Am Acad Dermatol* 1999; 40: 69-72.
19. Chalmers RJG, Burton PA, Bennett RF, Goring CC, Smith PJB. Lichen sclerosus et atrophicus: a common and distinctive cause of phimosis in boys. *Arch Dermatol* 1984; 120: 1025-1027.
20. Meuli M, Briner J, Hanimann B, Sacher P. Lichen sclerosus et atrophicus causing phimosis in boys: a prospective study with 5-year follow up after complete circumcision. *J Urol* 1994; 152:987-989.
21. Nelson WE, Behrman RE, Kliegman RM, Avin AM. Fimose. In: Nelson Tratado de Pediatria. 15th ed. Guanabara Koogan; 1997. p. 1787.
22. Elder D, Elenitsas R, Jaworsky C, Johnson BJ. Lichen sclerosus et atrophicus. In: Lever's histopathology of the skin. 8th ed. Lippincott-Raven; 1997. p. 280-3.
23. Marcondes E. Delimitação dos grupos etários. In: Pediatria básica. 8th ed. Sarvier; 1994. p. 48.
24. Waugh MA. Sexually transmitted diseases. *Dermatol Clin* 1998; 16: 184-9.
25. English JC, Laws RA, Keough GC, Wilde JL, Foley JP, Elston DM. Dermatoses of the glans penis and prepuce. *J Am Acad Dermatol* 1997; 37: 1-24.
26. Kristiansen VB, Sorensen C, Kryger AI, Nielsen JB, Mejdahl S. Sclerotic and atrophic lichen of the genitals in boys. *Ugeskr Laeg* 1989; 151: 1111.
27. Ackerman AB. Lichen sclerosus et atrophicus. In: Histologic diagnosis of inflammatory skin diseases. 2nd ed. Williams & Wilkins; 1997. p. 708-10.

28. Kiss A, Csontai A, Pirot L, Nyirady P, Merksz M, Kiraly L. The response of balanitis xerotica obliterans to local steroid application compared with placebo children. *J Urol* 2001; 165: 219-20.
29. Webster TM, Leonard MP. Topical steroid therapy for phimosis.
30. Clemmensen OJ, Krogh J, Michael P. The histologic spectrum from patients with phimosis. *Am J Dermatopatol* 1988; 10: 104-8.
31. Thomas RHM, Ridley CM, Black MM. Clinical features and therapy of lichen sclerosus et atrophicus affecting males. *Clin Exper Dermatol* 1987; 12: 126-8.
32. Choe JM. Phimosis, adult circumcision and buried penis. *Emedicine Jour* 2001; 2.
33. Shankar KR, Rickwood AMK. The incidence of phimosis in boys. *BJU Intern* 1999; 89:101-2.

9. APÊNDICES



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS

Parecer Consubstanciado

I- Identificação

Projeto nº 086/2001

Título do Projeto: **"Análise Anátomo Patológica do Prepúcio em Crianças Submetidas à Postectomia".**

Pesquisador Responsável: Prof. Maurício José Lopes Pereima

Instituição onde se realizará: Hospital Infantil Joana de Gusmão

Data de apresentação ao CEP: 16/05/01

II- Objetivos

Analisar histologicamente os pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico de fimose, a postectomia e verificar possíveis alterações relacionadas ao líquen esclero atrófico (LEA).

Correlacionar o uso prévio de corticosteróides com as alterações anátomo patológicas do prepúcio excisado na postectomia.

III- Sumário do Projeto

Trata-se de um estudo prospectivo horizontal, com análise estatística dos resultados, onde serão avaliados clínica e histologicamente 80 pacientes do sexo masculino, portadores de fimose, com idade entre 3 e 7 anos, sem distinção de cor ou classe social, divididos em dois grupos – com e sem uso prévio de corticosteróides, e submetidos à postectomia, conforme os critérios de indicação cirúrgica do Serviço de Cirurgia Pediátrica do Hospital Joana de Gusmão. Os exames serão realizados pelo Instituto Diagnóstico de Anatomia Patológica (IDAP), visando observar as alterações epidérmicas como atrofia e hiperqueratose folicular; da junção dermo-epidérmica como degeneração hidrópica da camada basal; dérmicas como adema, hialinização do colágeno (fibrose) e infiltrado linfocitário.

IV- Comentários do relator frente à Resolução CNS 196/96 e complementares:

O projeto encontra-se de acordo com as resoluções pertinentes.

V- Parecer

As pendências foram atendidas, sendo assim somos de parecer favorável à aprovação do projeto.

Informamos que o parecer dos relatores foi aprovado por unanimidade, em reunião deste Comitê na data de 17/12/2001.

Florianópolis, 17/12/2001


Profª Márcia Margaret Menezes Pizzichini
Coordenadora

FICHA DE COLETA DE DADOS

1) Identificação do Paciente

Nome: _____

Idade: _____

Procedência: _____

2) Dados da Doença

Início: _____

Tratamento Prévio: _____ Tempo de uso: _____

Complicações: - balanopostite - sim () n de vezes _____
- infecção do trato urinário – sim () n de vezes _____
- parafimose - sim () n de vezes _____

História Familiar: _____

3) Postectomia Data: _____

4) Anátomo Patológico

FORMULÁRIO DO CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Seu filho irá participar de um estudo para identificar a causa da fimose. Neste estudo, o excesso de pele da fimose que é retirado durante a cirurgia, ao invés de ser encaminhado para o lixo hospitalar, será analisado em um laboratório de anatomia patológica, sem nenhum tipo de custo ou procedimentos extras.

Eu, _____ responsável pelo paciente _____ estou de acordo com a inclusão de meu filho na pesquisa Análise anátomo patológica do prepúcio em crianças submetidas à postectomia, a ser realizada pela acadêmica Marice Emanuela El Achkar e orientada pelo Professor Dr. Maurício Pereima. Declaro ainda que fui informada que a pele retirada da fimose, segue a rotina da cirurgia do hospital, não sendo necessário nenhum outro procedimento para isto. Estou ciente dos termos abaixo:

- a) justificativa: pesquisar as causas da fimose;
- b) objetivo: verificar a possível relação entre as doenças fimose e líquen esclero atrófico;
- c) procedimentos: são aqueles realizados rotineiramente na operação de fimose;
- d) a cirurgia que será feita no seu filho tem os mesmos riscos de qualquer procedimento cirúrgico feito sob anestesia geral como: aspiração, reação alérgica às drogas e desconforto na garganta devido à intubação para anestesia. A cirurgia de fimose pode ter, embora muito raras, como complicações: a formação de edema (inchaço do pênis), sangramento e infecção;
- e) não há método alternativo para o tratamento da fimose com indicação cirúrgica;
- f) o acompanhamento e assistência segue a rotina já existente no hospital;
- g) garantido esclarecimentos antes e durante o curso da pesquisa, sobre a mesma;
- h) liberdade ao paciente de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado, entrando em contato com o Centro Cirúrgico do HIJG ou com o seu médico assistente;
- i) garantido o sigilo quanto aos dados coletados na pesquisa, assegurando a privacidade dos pacientes e responsáveis;
- j) os custos referentes à cirurgia já são normalmente pagos pelo SUS ou planos particulares de saúde, e o exame anátomo patológico não tem custo algum para o SUS ou plano de saúde do paciente.

Florianópolis, ____ de _____ de 200__.

Assinatura: _____

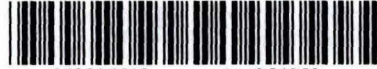
**TCC
UFSC
PE
0464**

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC PE 0464

Autor: Elachkar, Marice E

Título: Análise clínica e estudo anátomo



972806519

Ac. 254059

Ex.1 UFSC BSCCSM